Aus der I. medizinischen Klinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Prof. Dr. His).

Das Guttadiaphot in der Landpraxis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Herbert Beyer
prakt. Arzt, aus Wittenberg

Tag der Promotion: 5. September 1932.

Druck von Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

484

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. v. Bergmann.

Referent: Prof. Dr. Schilling
Korreferent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. His.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die freie Praxis, insbesondere die Landpraxis, stellt den Arzt vor ganz andere Aufgaben, als sie dem Krankenhausarzt und Kliniker obliegen. Während die Letzteren, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, es von vornherein mit wirklich kranken Menschen zu tun haben und sich Ihre Tätigkeit infolgedessen im Wesentlichen auf die Stellung der Diagnose und die nachfolgende Behandlung richten wird, muß der Praktiker seine Klienten erst daraufhin ansehen, ob die geklagten Beschwerden nicht simuliert oder aggraviert sind, ob also nicht ein Täuschungsversuch vorliegt; und erst, wenn er diese Möglichkeit ausschalten kann, darf er sich daran machen, die Art der Krankheit und den Heilplan festzustellen. Bei ausgeprägten Fällen wird ihm dieses nicht schwer fallen, doch gibt es andererseits auch garnicht so seltene Fälle, wo ihm diese Sonderung von Spreu und Weizen recht viel Kopfzerbrechen bereitet und eine befriedigende Entscheidung doch nicht recht möglich ist. Ich denke hier allerdings nur an den wirklichen Arzt, der sich zum Helfer derer berufen fühlt, die seinen Rat suchen, der jeden Patienten zunächst einmal solange für krank hält, bis er ihm das Gegenteil bewiesen hat, nicht an jenen, der sich mehr als Polizeiorgan einer Krankenkasse fühlt und in jedem nicht Totkranken und Hochfiebernden zuerst den Drückeberger sieht. Andererseits erfordert es aber auch wieder die Pflicht gegen die Allgemeinheit, daß nicht nur gerecht, sondern auch streng geprüft wird, ob die vorhandenen Beschwerden echt sind und in Verbindung mit etwa gefundenen Symptomen ausreichen, den Patienten krank zu schreiben und damit über öffentliches Geld, oft über recht erhebliche Summen, zu verfügen. — Nun sind aber die diagnostischen Möglichkeiten für den praktischen Arzt beschränkt, ihm stehen nicht die Einrichtungen der großen Kliniker zu Gebote, des weiteren sind auch alle Arbeiten und Untersuchungen an seine Person gebunden, denn hier draußen gibt es — von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen — keine Assistenten und Assistentinnen, keine Laborantinnen usw. Jede

physikalische, chemische oder mikroskopische Untersuchung muß er selber ausführen. Und wie oft kommt es vor, daß eine eilige Ueberlandfahrt, ein Unglücksfall oder dergleichen ihn dabei stört und das Präparat bei der Rückkehr verdorben, die vorgeschriebene Zeit für eine Beobachtung (z. B. bei der Senkungsreaktion) verstrichen ist und die Reaktion damit gar keinen oder nur noch zweifelhaften Wert besitzt. Die Ausführung langwieriger oder komplizierter Untersuchungen ist zudem, bei reichbesetzter Sprechstunde oder starker Ueberlandpraxis, nur in recht bescheidenem Umfange möglich, weil meist dazu die Zeit fehlt oder doch nur wenige Stunden des Tages zur Verfügung stehen.

Auch hier wird er also sieben müssen, wird die Anwendung derartiger Methoden — ich denke dabei z. B. an Hämogramm nach Schilling, dicken Tropfen — aber auch eingehende Untersuchungen mit den physikalischen Methoden, nur auf solche Kranke beschränken, welche als wirklich krank erkannt sind und eine exakte Diagnosenstellung mit allen zu Gebote stehenden Mitteln unbedingt erforderlich machen. Was im Krankenhause, in der Klinik eine Selbstverständlichkeit ist, wird oft in der Draußenpraxis zur Ausnahme werden müssen, weil bei der Vielgestaltigkeit derselben, schon mit Hin- und Herfahren, mit Umherlaufen und dergleichen viel Zeit verbraucht wird und bei einer allgemeinen Anwendung obiger Methoden und Untersuchungen schließlich die Uebereilung und Hast zur Pfuscherei führen und letzten Endes nichts mehr dabei herauskommen würde.

Immerhin wird in einer großen Reihe von Fällen der Landarzt auch der teureren und komplizierten Methoden nicht entraten können, er wird seine Patienten in Krankenhaus- oder fachärztliche Behandlung überweisen müssen, er muß Röntgenaufnahmen, Wassermannuntersuchungen, Grundumsatz- oder andere Bestimmungen vornehmen lassen. Auch hier wieder Selbstverständlichkeiten für den Kliniker, Schwierigkeiten, oft schwere Sorgen für den Landarzt. Alle derartigen Untersuchungen müssen begründet werden, und es geht nicht an, daß man bei irgend einem vagen Verdachte eine Röntgenaufnahme machen läßt oder das Blut eines an irgend einem nicht ganz klaren Ausschlag Leidenden zur Wa.-R. einsendet. Es müssen schon gewichtige Momente sein, die dazu veranlassen, die feste Ueberzeugung, daß ein verborgener, schwerer Krankheitszu-

stand besteht, dessen Aufklärung im Interesse des Patienten unbedingt erforderlich ist.

Es müssen also Zeichen vorhanden sein, welche, obwohl noch bestimmte spezif. Symptome fehlen, doch darauf hindeuten, daß in diesem Körper etwas in Unordnung geraten, daß der Mensch kurz ausgedrückt „krank" ist.

Derartige Zeichen haben wir eine ganze Reihe, ihnen allen ist gemein, daß sie unspezifisch sind, d .h. nicht auf eine bestimmte Krankheit, sondern nur ganz allgemein auf einen bestehenden Krankheitszustand hinweisen. Sie sind von Schilling im „Unspezifischen Status" zusammengefaßt und näher beschrieben. Sie umfassen:

1. Das subjektive Krankheitsgefühl,
2. Die Temperatur und das Gewicht,
3. Die Blutmethoden und zwar Hämogramm, dicker Tropfen, Senkungsreaktion und als jüngste, das Guttadiaphot nach Meyer-Bierast-Schilling.

Das subjektive Krankheitsgefühl ist für den Landarzt nur in beschränktem Maße verwertbar, gerade in den Fällen, wo es darauf ankommt, Simulanten oder Aggravanten zu entlarven, wird es ganz versagen. Fieber und Gewichtskontrolle sind exakte Methoden, doch leider nur im positiven Falle zu verwerten, da ein großer Teil und oft gerade die am schwierigsten zu erkennenden Krankheiten ohne Fieberanstieg oder Gewichtsverlust einhergehen können. Auch sind Fiebermessungen in kurzen Intervallen, wie im Krankenhaus, in der Landpraxis undurchführbar; sie werden zudem im Hause des Patienten oft unzuverlässig ausgeführt und sind daher nur mit Vorsicht zu benutzen.

Ueber die beschränkte Anwendungsmöglichkeit von Hämogramm und dickem Tropfen sprach ich schon oben. Auch die B.S.R. hat, wie gesagt, nur beschränkten Wert, ich fand zudem bei einem großen Teil sicherer, röntgenologisch festgelegter Tuberkulosen normale Senkungswerte, auch Schilling fand bei ihr nur 57 % positive Befunde. Um die oben skizzierten Aufgaben erfüllen zu können, hat sich mir am meisten noch das Guttadiaphot bewährt. Es ist dies eine Methode, die sich in der Sprechstunde einfach und schnell ausführen läßt, — ich brauche dazu, trotz der verlangten Kautelen, 4 Minuten. — Die Ablesung der Tropfbilder ist an

keine Zeit gebunden, einen ungefähren Ueberblick erhält man schon nach wenigen Minuten, die endgültige Ablesung kann nach 24 Stunden, ebenso aber auch nach Tagen, sogar nach Wochen und Monaten geschehen. Die Technik ist denkbar einfach. Sie hat den Vorteil, daß noch andere Methoden eventuell angeschlossen werden können. (B.S.R., und Wa.-R.) Sowohl die vorgefundene Literatur, als auch meine eigenen Versuche bestätigen ferner, daß die Methode zuverlässig ist und daß ein großer Teil von Krankheitszuständen positiv reagiert. Daß außerdem eine gewisse Gewähr dafür da ist, daß hinter einem positiv werdenden Gu. auch tatsächlich eine Krankheit zu suchen ist, will ich in Folgenden beweisen.

Die Richtigkeit meiner Auffassung bestätigen auch die zahlreichen, bisher erschienenen Arbeiten über das Verfahren; abgesehen von den Urhebern der Methode, insbesondere von Schulz, der unter hundert anscheinend gesunden Soldaten nur 56 negative Bilder fand, bei näherer Nachprüfung jedoch entdecken konnte, daß die 7 wirklich positiven Gu. doch auch ihren klinischen Hintergrund hatten und sich als von latenten Tuberkulosen, z. T. Rekonvaleszenten, herstammend, erwiesen. Nach meiner Ansicht liegt aber gerade hierin mit der Hauptwert der Methode für den Landarzt, daß durch das positive Ergebnis eine weitere Untersuchung angeregt wird, die dann zu einer Aufklärung in der Folge führen dürfte. Ferner liegen günstige Beobachtungen von Kamnitzer, Schröder, Loben und anderen vor. Ablehnend verhalten sich im allgemeinen nur die Dermatologen, speziell die Syphidologen. Doch bezieht sich diese Ablehnung in der Hauptsache auf die Verwertung des Gu. bei der Lues, insbesondere auf den Ersatz der Wassermann- und Meinicke-Reaktion durch das Guttadiaphot. Da indessen die Erfinder, besonders aber Schilling, immer wieder betonen, daß es sich um eine ganz unspezifische Methode handelt, so dürfte meines Erachtens diese Gefahr recht gering sein, im Gegenteil, wird mancher Arzt, der vielleicht sobald nicht auf den Gedanken gekommen wäre, eine Wa.-R. vornehmen zu lassen, dies jetzt eher tun, um ein positives Gu. zu klären. Ich sagte schon eingangs, daß es in der Land- besonders in der Kassenpraxis, ganz unmöglich ist, auf einen vagen Verdacht hin, teure und komplizierte Untersuchungen vornehmen zu lassen, eine Häufung derartiger Manipulationen würde bald zu ausgedehnten Streichungen, eventuell

auch zu Regreßansprüchen der Kassen führen und damit die Gefahr heraufbeschworen werden, daß, auch bei wirklich notwendigen Fällen, diese Untersuchungen schließlich unterbleiben. Sie müssen auf ein Mindestmaß beschränkt werden, und für eventuell negative Fälle muß eine ausreichende Begründung vorhanden sein. Für eine solche halte ich aber, wie schon gesagt, und wie ich noch beweisen werde, das Guttadiaphot. — Auch der gegenteilige Fall, von dem Mohrmann spricht, dürfte doch recht selten eintreten, daß man nämlich auf Grund eines positiven Gu. einen harmlos Kranken „zum Luetiker stempelt", genau so wenig, wie man bei einem Kranken, der eine hohe Temperatur mit zunächst nicht ganz klaren Erscheinungen aufweist, nicht ohne weiteres auf Grund dieser hohen Temperatur z. B. die Diagnose Typhus stellen wird, auch dann noch nicht, wenn vielleicht außerdem noch eine leichte Benommenheit, wie sie höheres Fieber doch recht oft mit sich bringt, besteht. Ist deshalb aber die Fiebermessung an sich eine für die Praxis nicht geeignete Methode? Auch die subjektive Färbung, die die Resultate, besonders in den Grenzfällen erhalten, darf m. E. kein Grund für die Ablehnung sein. Fast alle Untersuchungsmethoden, die dem Landarzte zur Verfügung stehen — abgesehen von den ganz wenigen wie Fiebermessung, Gewichtskontrolle, B. S. R., Blutdruckmessung, vielleicht auch noch dicker Tropfen und Hämogramm — tragen in den Uebergangsfällen diese subjektive Note. Ich bin überzeugt, daß auch alte und erfahrene Aerzte schon dagestanden haben und überlegt: Ist dies Atemgeräusch noch vesikulär oder schon mehr bronchial, ist dieser Ton gedämpft oder nicht. Gerade das macht m. E. den guten Arzt und sicheren Diagnostiker aus, daß er in Zweifelsfällen seine subjektiven Empfindungen in richtiger Weise dem Ganzen anpaßt und sich für Annahme oder Ablehnung oft erst entscheidet, wenn er einen Gesamteindruck gewonnen hat, der unter Umständen die Entscheidung mit einem Male leicht macht. Das Gu. weist aber drei Streifen auf, die unter Umständen ganz verschiedene Befunde ergeben und im ganzen betrachtet, in den allermeisten Fällen irgend eine Entscheidung im positiven oder negativen Sinne ermöglichen. Uebrigens wird mit zunehmender Uebung das Urteil sehr bald sicherer und immer freier von subjektiver Anschauung. Das Guttadiaphot soll mir etwas sagen darüber, ob der Patient krank oder nicht krank ist und wenn es in

der Regel hierzu in der Lage ist, so ist es auch, im Hinblick auf seine leichte Ausführbarkeit, für mich als Landarzt brauchbar. — Ich will im Folgenden zeigen, welche Hilfen mir das Tropfbild gegeben hat und wie damit sich der Betrieb des Landarztes erheblich vereinfachen läßt, dabei aber eine größtmögliche Gewähr geboten wird, Kranke auch wirklich zu fassen, Fehlurteile einzuschränken und somit für die Einleitung einer richtigen Behandlung und Heilung Sorge zu tragen.

Untersucht wurden in der Zeit von Mitte November vorigen Jahres bis Ende Februar dieses Jahres 109 verschiedene Kranke, aufgenommen wurden von diesen 122 Tropfbilder. Es wurde dabei so vorgegangen, daß in der Sprechstunde prinzipiell von jedem Patienten ein Gu. abgenommen wurde, und zwar als Beginn der Untersuchung; daran schloß sich dann Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation; diesen folgten dann noch andere, eventuell notwendig werdende Untersuchungsmethoden. Gelang die Stellung einer Diagnose in der Sprechstunde nicht, so wurden die Patienten in Stolp geröntgt oder in fachärztliche Behandlung überwiesen, desgleichen wurden im Bedarfsfalle auch Wa. Untersuchungen und dergleichen vorgenommen. (Mediz. Untersuchungsamt Stettin). In allen Fällen wurde streng nach der gegebenen Vorschrift verfahren, d .h. es wurde für absolute Trockenheit der Rahmen und Spritzen gesorgt. Die Rahmen müssen sofort nach der Ankunft in der Nähe der Heizung getrocknet werden, nachdem man sie auseinander genommen hat, die Spritzen habe ich folgendermaßen schnell trocken bekommen: Verwandt wurden von vornherein 2 Spritzen. Sofort nach Gebrauch wird die Spritze in lauem Wasser gründlich von den Blutresten gesäubert und dann habe ich dieselbe in die warme Ofenröhre zum Trocknen gelegt. Zum weiteren Gebrauch stand dann die zweite Spritze zur Verfügung, die genau so behandelt wurde. Eine kleine Pause während der Sprechstunde, wie sie leicht immer entsteht, wurde benutzt, die im Ofen befindliche Spritze in den Behälter mit Aether-Spiritus āā zu legen, nachdem sie vorher noch durch Hin- und Herziehen des Kolbens von etwaigen Wasserresten befreit war. Vor dem Gebrauch, der Anweisung entsprechend, wieder Durchziehen von Alkohol-Aether āā, dann reinem Aether und Entfernen der Reste des Letzteren durch Hin- und Herziehen des Kolbens,

bis die Spritze „milchglasartig" trocken ist. Der Kolben gibt dann ein schleifendes oder quietschendes Geräusch an der Glaswand. Die ganze Manipulation dauert auf diese Weise genau 4 Minuten incl. der Blutentziehung. Sie kann natürlich noch beschleunigt werden, wenn man mehr Spritzen zur Verfügung hat. Das Verfahren geht also denkbar schnell. Hält man es für notwendig, so kann man mit dem entnommenen Blut gleich die Senkungsprobe anschließen und hat dann, ohne viel größeren Zeitaufwand, zwei Proben, die unter Umständen schon eine Menge aussagen können. Besonders, wenn beide negativ ausfallen und auch die Klagen sich nur über unbestimmte myalgische Schmerzen z .B. oder dergleichen erstrecken, wird man in vielen Fällen, auch ohne zeitraubende, eingehende physikal. Untersuchung wissen, woran man ist, da, wie ich noch in Folgendem zeigen werde, das negative Gu. in der Regel eine ernste Erkrankung ausschließt. (Tuberkulosen, schwere Anaemien, stärkere Grippeinfektionen und dergleichen). Es bedeutet also einen ganz erheblichen Zeitgewinn, den man besser auf die Fälle anwenden kann, wo ein mehr positiver Ausfall eine sehr gründliche und genaue Untersuchung erforderlich macht.

Etwas schwieriger gestaltet sich die Abnahme der Tropfbilder infolge ihrer außerordentlichen Wasserempfindlichkeit, für die Fälle der Ueberlandpraxis. Ich habe mich hier auf absolut trockene und nicht zu kalte Tage beschränkt und ferner auf solche Patienten, die ich bequem in meiner Limusine erreichen konnte, damit Rahmen und Spritze möglichst von der Luft verschont blieben. Dies ist zweifellos ein Hindernis, kann doch schon unter Umständen große Kälte die Rahmen beschlagen und das Resultat damit unsicher machen. Immerhin ist hier der Wert des Gu. auch nicht so groß, wie in der Sprechstunde, da die Kranken, die sich den Arzt in die Wohnung kommen lassen, bis auf geringe Ausnahmen, auch tatsächlich schwer krank sind und die Diagnose meist viel leichter zu stellen ist; hier wird auch, z .B. durch höheres Fieber usw. meist die Begründung gegeben sein, den Patienten notfalls in ein Krankenhaus zu bringen. Auch werden die nicht allzuschwer Kranken, wenigstens nach meinen Beobachtungen, der Bettruhe bald überdrüssig werden und früher oder später doch im Sprechzimmer erscheinen, wo man dann, ohne Gefahr für das Ergebnis, noch nachträglich ein

Gu. abnehmen kann. Aber auch abgesehen von all dem, bei günstigem Wetter wird man auch hier in der Lage sein, ein Tropfbild zu erhalten, mit dem man etwas anfangen kann.

Die erhaltenen Ergebnisse habe ich von Herrn Dr. Schröder, I. med. Klinik der Charité, kontrollieren lassen. Einmal, um überhaupt einige Sicherheit in der Beurteilung zu erhalten, dann aber auch, um besonders in den Grenzfällen, die Einheitlichkeit in der Beurteilung mit den bisher erschienenen Arbeiten zu wahren. Dabei wurde es mir sehr bald klar, daß es tatsächlich nur die Grenzfälle sind, die dem Anfänger Schwierigkeiten machen, bei den mir von vornherein klaren Bildern deckten sich unsere Auffassungen, ich möchte fast sagen, von dem ersten Guttadiaphot an. Ein Beweis, wie leicht man nach der theoretischen Durcharbeitung der Anweisungen, besonders des nach meiner Auffassung sehr klar geschriebenen Werkchens von Schilling: „Das Guttadiaphot", Verlag Fischer-Jena, die Methode erlernen kann. Aber auch die Beurteilung der Grenzfälle wird immer einfacher, je mehr man sich in die Bilder hineinliest. Ich habe seit meinem Abgange von der Universität kaum ein Verfahren kennen gelernt, das sich so leicht und dabei sicher, in den wenigen Mußestunden erlernen läßt, die dem Landarzt zur Verfügung stehen. In der Beurteilung der Phänomene und der Gesamtbilder bin ich den Anweisungen der oben erwähnten Schrift Schillings „das Guttadiaphot" gefolgt, speziell für die letzteren der Gruppierung der Tabelle auf Seite 50, wie sie auf Veranlassung Schillings von Bruch für dessen Dissertation vorgenommen wurde; für die Gesamtbewertung habe ich außerdem noch die späteren Bezeichnungen (Schröder, Schulz, Parl u. a.) hinzugenommen, in: „negativ", „verdächtig auf positiv", „schwach positiv", „mittelstark positiv", „stark" und „sehr stark positiv". Um die ganz schwachen Uebergangsfälle noch erfassen zu können, habe ich die negativen, resp. verdächtig auf positiven nochmals geteilt, indem ich diejenigen Tropfbilder, die nur ein einziges, geklammertes Phänomen aufweisen, als „fast negativ" bezeichnet habe, so daß meine Gruppierung in der vorliegenden Arbeit 7 Stufen enthält. Als dann später die einzelnen Fälle in diese Gruppen eingereiht wurden, zeigte es sich, daß tatsächlich ein weitgehender Parallelismus besteht, zwischen der Art der Krankheit oder ihrer Dauer oder ihrem Grade, und dem gefundenen Guttadiaphotwert. Man kann also, wie ich im folgenden auch noch zeigen werde, sehr gut mit der angeführten Gruppie-

rung resp. dem gefundenen Gu., Trennungen ziehen, auf Grund deren man Entscheidungen in irgend einer bestimmten Richtung treffen kann. Dabei kam immer wieder zum Ausdruck, daß stärker positives Gu. auch immer einen ernsteren Krankheitszustand anzeigt, daß also, bei nicht sicherer Diagnose, eine eingehende Untersuchung notwendig wurde, die in allen Fällen auch die Richtigkeit des durch Gu. angezeigten Krankheitsverdachtes erwies.

Die Krankheiten umfassen alles, was in der Sprechstunde eines Landarztes in den Wintermonaten vorzukommen pflegt, auch der größte Teil der Appendicitisfälle kam per Fuhrwerk in die Sprechstunde, ein trauriges Zeichen der Zeit, die Leute hatten eben nicht das nötige Geld, um die erheblich teurere Fahrt des Arztes zu bezahlen. In der Außenpraxis wurden aufgenommen: die drei Typhus Gu., die beiden Pneumonien, einige Grippefälle und ein Gu. bei einem Muskelrheumatismus, das sehr stark ausfiel und später für einen Versager angesehen wurde, da der Transport des Rahmens und der Spritze bei ungünstigen Verhältnissen und naßkaltem Wetter stattfinden mußte. Bis auf diesen letzteren standen die gefundenen Werte völlig im Uebereinklang mit den klinischen Befunden, so daß kein Bedenken getragen wurde, sie für diese Arbeit mit zu verwerten, um so eher, als äußerlich alle Bedingungen gegeben waren, um technisch einwandfreie Resultate zu erhalten; außerdem wurden Spritzen und Rahmen vor der Abnahme nochmals kurze Zeit nachgetrocknet.

Ich habe das Material zunächst in 2 Tabellen geordnet, von denen die Tabelle 1 eine Uebersicht nach den Krankheiten, Nr. 2 nach der Stärke der Reaktion gibt. Hiernach fand ich folgende Werte.

Tabelle 1.

Zahl der Fälle	Krankheit	Ganz negat.	fast negat.	verd. positiv	schw. positiv	mittel stark positiv	stark positiv	sehr stark posit.
1	Gesunde	1						
2	Oberflächl. Wunden u. Verletzungen	2						
1	leichte Prellungen u. Quetschungen	1						
2	dto., mit anderen Erkrankungen			2				
2	schwere Prellungen etc.			1	1			
3	tiefere Wunden			1	2			
2	schwere Prellungen, behandelt			1	1			
5	Panaritien, Abszesse			1	2	1	1	
1	Impetigo staphylogenes			1				
1	Unterschenkel-Ekzem			1				
1	beginnende Panaritien etc.		1					
2	abgelaufene septische Prozesse	1		1				
1	Erysipel			1				
2	einf. unkompl. Gastritis akut	1	1					
5	Appendicitis			1	3	1		
1	Ikterus simpl.				1			
1	Cholangitis				1			
3	Gysto-Pyelitis				2		1	
1	dto., im Abheilen			1				
5	unbest. myalgische Beschwerden	3	2					
2	dto.. kompl. mit Schnupfen			2				
7	Muskelrheumatismus			6				1
4	Gelenkrheumatismus			1	3			
3	Knochen-Gelenkerkrankungen a. Art			3				
11	Einfache Rhino-Pharyngitis	3		7	1			
1	dto., mit Beteiligung der Nebenhöhlen				1			
6	Grippe, resp. grippeartige Infektion				5	1		
1	Rhinitis, nach Behandlung		1					
1	Nebenhöhlenkatarrh behandelt			1				
1	abgelaufene Laryngitis	1						
1	Bronchitis akut					1		
1	Bronchitis chron.					1		
1	dto, behandelt			1				
2	Pneumonie			1	1			
1	Pleuritis					1		
2	Typhus abd. im Beginn			2				
1	dto, nach einer Woche			1				
1	Lues III.							1
6	Lungentbc.			3	1	1	1	
2	Kehlkopftbc.		1	1				
2	Organ. Herzerkrankungen		1	1				
2	Herzneurosen	2						
3	Blutungsanämie					1	2	
1	eto, nach Behandlung				1			
5	andere Anämien			1		1	3	
1	dto, nach Behandlung				1			
1	Chlorose				1			
4	Lokale Kreislaufstörungen				1	3		
1	dto, behandelt					1		
2	Endokrine Fälle				1		1	
1	Menstruation						1	
2	Gravidität				1	1		
122		15	7	43	31	14	10	2

Tabelle 2: **Uebersicht nach der Stärke der Reaktion.**

Ganz negativ:

Gesunde. (1)
Oberflächl. Wunden u. Verletzungen (2).
Leichte Prellungen u. Quetschungen (1).
Abgelaufene sept. Prozesse (Karbunkel) (1).
einfache unkompl. Gastritis akut (1).
unbestimmte myalg. Beschwerden (3).
Einfache Rhino-Pharyngitis (3).
Abgelaufene Laryngitis (1).
Herzneurosen (2).

Fast negativ:

Panaritium im Beginn (1).
Einfache unkompl. Gastritis akut (1).
unbestimmte myalgische Beschwerden (2).
Rhinitis nach Behandlung (1).
Kehlkopftuberc. (1).
Leichte organ. Herzerkrankung (gut kompensierte Dilatation) (1).

Verdächtig auf positiv:

Leichte Prellungen mit Schnupfen (2).
Schwere Prellungen (1).
Tiefere Wunden. (Fingeramputation) (1).
Schwere Prellungen nach Behandlung (1).
Panaritien (1).
Impetigo staphylogenes (1).
Unterschenkelekzem (1).
Abgel. sept. Prozeß (Arthritis purulenta) (1).
Erysipel (1).
Appendicitis (1).
Cysto-Pyelitis im Abheilen (1).
Myalgische Beschwerden mit Schnupfen (2).
Typischer Muskelrheumatismus (6).
Gelenkrheumatismus (Arthritis deform.) (1).
Knochen- und Gelenkerkrankungen anderer Art. (1 Spätrachitis, 1 Osteochondritis dissecans, 1 entzündl. Prozeß i. Lunatum unklarer Aetiologie) (3).

Rhino-Pharyngitis (7).
Nebenhöhlenkatarrh, behandelt (1).
Bronchitis behandelt (1).
Pneumonie (1).
Lungentbc. (3).
Typhus abdom. (3).
Kehlkopftbc. (1).
Myokarditis (1).
Anämischer Zustand mit schw. posit. Blutbefund (P. +). (1).

Schwach positiv:

Schwere Prellungen (1).
Tiefere Wunden. (Fingeramputation) (1).
Schwere Prellungen nach Behandlung (1).
Panaritien (2).
Appendicitis (3).
Ikterus simpl. (1).
Cholangitis (1).
Cysto-Pyelitis (2).
Arthritis deformans (2).
Polyarthritis chron. u. Ischias (1).
Rhino-Pharyngitis (1).
Rhino-Pharyngitis mit Beteiligung der Nebenhöhlen (1).
Grippe (5).
Pneumonie (1).
Lungentubc. (1).
Blutungsanämien. (Hämorrhoidalblutung behandelt) (1).
Anämie nach Behandlung (1).
Chlorose (1).
Lokale Kreislaufstörung (1).
Endokrine (1).
Gravidität (1).

Mittelstark positiv:

Panaritien (1).
Appendicitis (1).
Grippe (1).

Bronchitis akuta (1).
Bronchitis chron. (1).
Pleuritis (1).
Lungentubc. (1).
Blutungsanämie (Hämorrhoidalblutung) (1).
Anämie mit posit. Blutbefund (1).
Lokale Kreislaufstörungen. (Pernionen) (3).
dto. nach Behandlung (1).
Gravidität (1).

Stark positiv:

Panaritium ossale (1).
Cysto-Pyelitis (1).
Lungentubc. (1).
Blutungsanämien (2) davon 1 Ulcus- 1 Wochenbettblutung.
Anämien mit stark posit. Blutbefunden, (3) (Perniciosa).
Endokriner (1).
Menstruation (1).

Sehr stark positiv:

Muskelrheumatismus, aber als artefiz. aufzufassen (1).
Lues (1).

Aus Tabelle 1 und 2 geht deutlich hervor, daß von all den Kranken, die im Laufe eines halben Jahres in die Sprechstunde kamen, es die ganz leichten und harmlosen Fälle, zum Teil die ausgesprochenen Drückeberger waren, die einen ganz negativen Befund boten. Auch der objektive klinische Befund war dementsprechend. Auch die Fälle die ich als „fast negativ" bezeichnet habe, bewegen sich, bis auf einen, durchweg in diesem Rahmen. Nur die Kehlkopftbc. bildet hier eine Ausnahme. Anfangs „verdächtig auf positiv", bot sie nach 4-wöchentlichem Landaufenthalt nur noch schwache Befunde, ohne daß sich am Spiegelbilde etwas wesentliches geändert hätte. Hier war auch die Blutsenkungsreaktion völlig negativ (beide Male 6 mm in einer Stunde); es handelt sich um einen an sich kräftigen Mann, dem rein äußerlich nichts von seinem Leiden anzusehen war, nur die Heiserkeit wies auf die Erkrankung hin. — Immerhin, im Vergleich zu den „ganz nega-

tiven“ Fällen, sind hier schon eher hier und da schwache klinische Befunde vorhanden, die auch ihren Ausdruck zu finden scheinen, in dem Auftreten des einen, wenn auch noch geklammerten, Phänomenes. Im allgemeinen wird man zwar auch diese Fälle noch praktisch zu den „negativen“ rechnen können, doch ist hier schon mehr eine gewisse Vorsicht geboten, wie die Tbc. lehrt.

Ganz anders wird nun aber das Bild, wenn man die folgenden Gruppen, von „verdächtig auf positiv“ an, betrachtet. Schon beim „Verdächtigen“ liegen der Gu. Reaktion durchweg auch eindeutige klinische Befunde zugrunde. Selbst die beiden hier noch rangierenden Myalgien, die sicher noch Aggravanten betrafen, wiesen nebenher noch einen Schnupfen auf, wie ja überhaupt die Patienten mit Rhino-Pharyngitis im wesentlichen „verdächtig auf positiv“ reagieren. Es ist ohne weiteres klar, daß demnach auch die Erkrankungen, die sonst negative Befunde ergeben würden, positiver werden, sobald ein Schnupfen oder dergleichen hinzukommt. Auch bei den leichten Prellungen wird es sich so verhalten haben. Besonders wichtig scheint mir der Umstand, daß entzündliche Knochenprozesse schon in ihren ersten Anfängen deutliche Erscheinungen machen, wie die Spätrachitis, der entzündliche Prozeß im Lunatum, ferner auch die Osteochondritis dissecans; selbst dann, wenn klinische Erscheinungen noch gar nicht oder nur schwach ausgeprägt sind. Gerade auch hier wieder liegt der große Wert des Guttadiaphotes für den Praktiker, daß solche Fälle in Zukunft doch nicht mehr so leicht übersehen werden oder der Diagnose „Drückebergerei“ anheim fallen, wie es mir bei dem Falle von Spätrachitis beinahe ergangen wäre. Es handelte sich hier um einen jungen Mann, der in die Sprechstunde kam mit Schmerzen in beiden Handgelenken. Abgesehen von einer ganz geringfügigen Druckschmerzhaftigkeit in der Gegend der Erbsenbeine war keinerlei Befund zu erheben. Erst der Ausfall des Gu. veranlaßte mich, eine Röntgenaufnahme vornehmen zu lassen, die dann die Diagnose „Spätrachitis“ erbrachte. Antirachitische Behandlung war hier auch von Erfolg gekrönt.

Was für die „verdächtig auf positiven“ Fälle gilt, trifft in weit höherem Maße aber noch für die stärker positiven zu. Ueberall, wo positives Gu., auch entsprechender klin. Befund. Nur eine Ausnahme scheint auch hier zu bestehen, das ist der unvermutet

starke Ausfall bei einem Falle von Muskelrheumatismus. Während sonst alle diese Fälle nur „verdächtig" werden, hier sehr stark positiver Ausfall, also abgesehen von der Lues der stärkste Befund. Wassermann und Röntgen waren negativ. Ich nehme an, daß es sich hier um den schon früher erwähnten Versager handelt, da wie gesagt, nicht die Gewähr geboten war, daß die Rahmen und Spritzen im absolut trockenem Zustande bis zu dem Patienten gebracht wurden. Ein acht Tage später abgenommenes Gu. (in der Sprechstunde) fiel dann auch wieder nur „verdächtig" aus, trotzdem die Beschwerden und der objektive Befund sich nicht geändert hatten.

Ordnet man sich nun die Fälle so wie sie für die eventuelle Differentialdiagnose in Frage kommen, resp. wie sie sich dem Praktiker in der Sprechstunde darbieten, so kann man aus der nun folgenden Tabelle 3, d. h. aus dem Schwererwerden des Bildes doch in zahlreichen Fällen gewisse Schlüsse ziehen, die recht wichtige Anhaltspunkte geben:

Tabelle 3.

I. Schmerzhafte Zustände einzelner Muskeln oder Muskelgruppen:	
unbestimmte Myalgien, ohne objekt. klin. Befund:	negativ bis fast negativ.
dto. kompliz. m. Schnupfen:	verdächtig auf positiv.
Muskelrheumatismus:	verdächtig auf positiv.
Gelenkrheumatismus:	verdächtig bis mittelstark posit.
Knochen- u. Gelenkerkrankungen verschiedener Aetiologie:	verdächtig bis mittelstark posit.
II. Erkältungskrankheiten:	
Einfache Rhino-Pharyngitis:	negativ bis schwach positiv. (im wesentl. verdächtig positiv).
Beteiligung der Nebenhöhlen:	schwach positiv.
dt. nach Behandlung, gebessert:	verdächtig auf positiv.
Grippe oder grippenartige Infektion:	schwach bis mittelstark positiv.
Bronchitis:	mittelstark positiv.
III. Erkrankungen im Abdomen:	
Einfacher unkompl. Magenkatarrh:	negativ bis fast negativ.
Appendicitis:	verdächtig bis mittelstark positiv. (im wesentlichen schwach positiv).

Ikterus-simpl.	schwach positiv.
Cholangitis:	schwach positiv.
Cystopyelitis:	schwach bis stark positiv.
dto. im Abheilen:	verdächtig auf positiv.
IV. Wunden und Verletzungen:	
Oberflächlich:	negativ.
dto., doch mit Schnupfen:	verdächtig auf positiv.
Schwerere Verletzungen:	verdächtig bis schw. positiv.
V. Infektionen, sept. Prozesse:	
Entzündung ohne Eiterung:	fast negativ.
Impetigo, Ekzem:	verdächtig auf positiv.
Panaritien, Abszesse:	verdächtig bis stark positiv, (im wesentlichen schwach positiv).
VI. Herzkrankheiten:	
Reine Herzneurosen:	negativ.
Organische Herzerkrankungen:	fast negativ bis verd. auf positiv.
VII. Blutkrankheiten:	
Anämie nach starker Blutung:	stark positiv
Schwächere Blutung:	mittelstark positiv.
Anämie m. stärk. Blutbefunden:	mittel- bis stark positiv.
dto. nach Behandlung:	schwach positiv.
Anämie m. schw. Blutbefunden:	verdächtig auf positiv.

Bei diesen Erkrankungen besteht also doch ein gewisser Parallelismus mit der Schwere des Krankheitsbildes. Vor allem lassen sich die harmlosen Erkrankungen recht gut von ernsteren abgrenzen. Bei anderen ist dieses aber wieder nicht möglich. Z. B., wenn man das Verhalten der Lungentbc. betrachtet. Reaktionen vom „Verdächtigen" bis zum „stark positiven", ohne daß die Schwere, die Dauer oder die Art der Krankheit hierzu in irgend einer Beziehung steht. Am stärksten reagiert ein Patient mit einer ganz chron. langsam fortschreitenden Tbc., dann folgt ein ganz akuter, frischer Fall (mittelstark), dann wieder ein chronischer inaktiver Prozeß (schwach). Unter den verdächtigen Fällen findet sich eine chronische, praktisch ausgeheilte, Tbc. und zwei frische akute Fälle. Genau so ist es mit den anderen in Tabelle 3 nicht mit aufgeführten Krankheiten oder Gruppen, also in wesentlichen den Infektions-

krankheiten, Endokrinen, Gravidität, Menstruation und den lokalen Kreislaufstörungen. Bei den letzteren handelt es sich fast durchweg um Pernionen.

Alle diese Fälle zeigen also deutlich die Unspezifität des Gu. Nirgends ein besonders charakteristisches Verhalten einer Krankheit oder Gruppe. Im Ganzen betrachtet scheinen die Infektionskrankheiten, einschließlich der Tuberkulosen, mehr zu den schwächeren Befunden hinzuneigen. Dem folgen auch die zuerst erwähnten, wie Grippe, sept. Infektionen, Appendicitis, Cholangitis, Ikterus, Abszesse usw., vielleicht mit einner geringen Tendenz zum mittelstarken bis starken. – In der Mitte stehen dann — außer den Ausläufern der eben erwähnten —, die lokalen Kreislaufstörungen, die ja bereits zu den Blutkrankheiten überleiten, und die Gravidität. Stark positiv werden eigentlich nur die Anämien und die Menstruation, am stärksten die Lues, wie dies ja auch von anderen Autoren nachgewiesen wurde. Auch die Endokrinen ergeben mehr stärkere Befunde. — In Verbindung mit den Beobachtungen von Gesenius wird man demnach auch hier den Grad der Anämisierung als das Maßgebende für den Ausfall des Gu. betrachten können. Das beweist m. E. schon das Verhalten der Anämien, die fast genau ihrem Stärkegrad entsprechend positiv werden, ferner auch das stärkere Hervortreten der Phänomene, sobald eine Infektion allgemeiner wird, z. B. Rhinitis-Stirnhöhlenkatarrh, Rhinitis-Grippe, das Verhältnis der schweren Verletzungen zu den leichteren, d. h. der bei den ersteren eingetretenen, heftigeren Blutung. Welchen Einfluß gerade die letzteren haben, zeigt der Ausfall bei den Blutungsanämien. Hier wird am stärksten eine schwere Wochenbettblutung, es folgt die immerhin etwas leichtere Magenhämatemesis, schließlich als die schwächste, mit auch schwächstem Ausfall, die Hämorrhoidalblutung, ja als diese nach anfänglicher Heilung, erneut auftritt, diesmal aber nur geringfügig, bleibt auch das Bild nur noch schwach positiv. — Trotz dieser nachgewiesenen Unspezifität kann man doch eine gewisse Neigung verschiedener Krankheiten oder Krankheitsgruppen zu einem bestimmten Ausfall beobachten. So werden alle 6 Fälle von Muskelrheumatismus „verdächtig positiv", von 11 Rhino-Pharyngitis-Fällen 7 = 64 % ebenfalls „verdächtig", denselben Ausfall zeigen die Knochenprozesse, während von 6 Grippefällen 5, d. s. 83,3 % schwach posi-

tiv reagieren, auch die infektiösen Erkrankungen im Abdomen neigen in der Hauptsache diesem Ausfall zu. Mehrfach erwähnt ist schon das Verhalten der Anämien, mit ihrer Tendenz zum „stark positiven". Wir haben also doch eine gewisse Abstufung, zum mindesten in einzelnen Krankheitsgruppen. Hier wäre eine weitere Nachprüfung recht interessant, vielleicht, daß sich dabei ähnliche Möglichkeiten ergeben, wie beim Hämogramm, das ja auch gänzlich unspezifisch ist, bis zu einem gewissen Grade aber doch Schlüsse in differentialdiagnostischer Hinsicht zuläßt, indem es die Möglichkeiten bedeutend einschränkt. Möglich, daß auch hier ähnliche Verhältnisse bestehen, wie bei den drei Phasen Schillings (leukozytäre, monozytäre, lymphozytäre), indem das Gu. den Grad der Anämisierung und damit ein gewisses Stadium der Krankheit anzeigt, aus dem der Kundige, wie auch bei den biolog. Leukozytenkurven, gewisse Schlüsse ziehen kann, die sich differentialdiagnostisch mit verwerten lassen.

Welche Möglichkeiten ergeben sich nun aus den erwähnten Befunden für den Praktiker, insbesondere den Landarzt?

Hier möchte ich aus dem umfangreichen Material nur einige Fälle anführen, die in besonders krasser Weise zeigen, wie das Guttadiaphot die Stellung einer Diagnose oft ermöglicht.

1. A. K. zur Begutachtung für eine Lebensversicherung. Gesunder, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Guttadiaphot: I—; II—; III—.

II. K. Z. Gleichfalls zur Begutachtung. Vor sieben Monaten Rippenbruch. z. Zeit besteht angeblich geringfügiger Schnupfen, keine Beschwerden mehr, innere Organe o. B. auch an der alten Bruchstelle kein Befund mehr zu erheben.
Guttadiaphot: I—; II—; III—.

In beiden Fällen konnte ohne Bedenken irgend ein Krankheitsprozeß abgelehnt werden, bei Fall 2 speziell organ. Unfallfolgen.

III. Pat. ist plötzlich erkrankt mit Leibschmerzen, Brechneigung. Kein Fieber, keine deutliche Muskelspannung, geringfügiger Druckschmerz am Mc. Burney. Puls 90.
Guttadiaphot: I(b) II(b) + (c) III. d. = schwach positiv.

Das Guttadiaphot entschied mein weiteres Verhalten, der Pat. wurde wegen Appendicitis dem Krankenhause überwiesen und dort die Diagnose bestätigt.

IV. A. B. Erscheint in der Sprechstunde mit Klagen über Rückenschmerzen, leichter Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen. Beschwerden bestehen seit dem letzten Wochenbett. Ferner besteht Gewichtsabnahme, Nachtschweiße, kein Fieber, kaum Husten. Innere Organe kein klarer Befund, bis auf ein weiches systol. Geräusch über der Herzspitze. Senkung 16 mm in der Stunde, Röntgen ergibt keinen Anhalt für Tbc.

Guttadiaphot: I b + (c) II (b) + c III a + (c) + d. —.

Auf Grund dieses Ausfalles Blutbild. Dieses ergibt: Dicker Tropfen: P + +−; Hämogramm: sehr blasse Färbung der Erythrocyten, viele Mikrocyten, einzeln auch Poikilocyten; Anisocytose. Hämoglobin 70 % — Diagnose: Anäm. Blutbild.

V. A. K. klagt über Müdigkeit, Schlaffheit, Frostgefühl. Außer einem weichen, systol. Geräusch über der Herzspitze kein objektiver Befund. Röntgen gänzlich negativ. Senkung normal.

Guttadiaphot: I (b) + c. II (a) + c. III a + c + d. = stark positiv. Auf Grund des Gu. auch hier Blutbild. In diesem: reichlich Poikilocyten, Mikrocyten, Oligochromasie, Anisocytose, Makrocyten, doch keine Megalocyten.

Hämogramm:	Bas.	Eosin.	Myel.	Jug.	Stab.	Segm.	Lymph.	Mon.
	—	4	—	—	1	50	40	5

Hämoglobin: 60 % — Blutdruck: 115/65 — Das Krankheitsbild wurde als perniciosaartig aufgefaßt und mit Leberdiät behandelt. Danach erhebliche subj. Besserung.

Guttadiaphot: (6 Wochen später) I (b) + (c). II (b) + c III [c] + d. = schwach positiv. Nach weiteren 6 Wochen: I (b) + (c); II (b) + c; III d = schwach positiv.

Hier läßt sich also die Besserung deutlich ‚im Gu. ablesen.

Also für die Aufklärung mancher unklaren Krankheitsbilder ist u. U. das Gu. von großem Wert, besonders deshalb, weil es immer wieder zu erneuter Untersuchung anregt. Das beweisen die Anämien, die gleichfalls ihre Entdeckung, wenn auch mehr indirekt

dem Tropfbild verdanken. Ich sagte ja schon eingangs, daß es dem Landarzte nur in beschränktem Umfange möglich ist, zeitraubende mikroskopische Untersuchungen vorzunehmen, daß aber andererseits, wenn man die voraussichtlich ergebnislosen Fälle ausschalten kann, immerhin so viel Zeit gewonnen wird, daß die Anfertigung eines Hämogrammes häufiger möglich sein wird, als sonst. So war es auch bei den Anämien; Simulation, Aggravation, auch Neurasthenie und Hysterie konnten infolge des positiven Gu.-Ausfalles mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschaltet werden, infolgedessen hielt ich die Anfertigung der Hämogramme hier für unerläßlich.

Aehnlich erging es mir mit zwei endokrinen Fällen, wo das Gu. gleichfalls zur Anfertigung der Hämogramme führte, die dann das Leiden aufdeckten. In einem Falle wurde vorher Simulation, im anderen Hysterie angenommen. Beide ergaben aber stark positives Guttadiaphot, im Hämogramm fand sich dann eine starke Eosinophilie, (7 resp. 10 %). Die daraufhin nochmals vorgenommene gründliche Untersuchung in dieser Richtung führte dabei zur Entdeckung einer vorher glatt übersehenen vergrößerten Schilddrüse.

Als letztes Beispiel möchte ich wieder einen negativen Fall anführen:

VI. Es handelt sich um einen jungen Menschen mit leichter Skoliose, der über heftige Schmerzen im Rücken klagt, ferner soll auch zeitweise etwas Atemnot bestehen. Objektiv kein organischer Befund. Trotzdem ist die Möglichkeit einer beginnenden Tbc. nicht von der Hand zu weisen, da auch die Familien-Anamnese dafür spricht. Senkung normal.
Guttadiaphot: I—; II—; III—.

Hier dürfte es sich also mit größter Wahrscheinlichkeit um harmlose myalgische Beschwerden handeln, da sämtliche Tuberkulosen viel mehr positiv reagieren. Die sicherheitshalber vorgenommene Röntgendurchleuchtung bestätigte diese Annahme auch voll und ganz.

Schon diese wenigen Beispiele zeigen den hohen Wert des Guttadiaphotes für den Landarzt.

Die von mir gemachten Beobachtungen, wie ich sie auch in

den voranstehenden Tabellen niedergelegt habe, gehen nun dahin, daß hinter einem positiven Tropfbild, sobald nur die Technik einwandfrei war, in der Regel auch irgend ein Krankheitsprozeß steht, auch dann, wenn ein klinischer Befund nicht erhoben werden konnte.

Erhält man also ein positives Tropfbild, so muß man versuchen, mit allen Mitteln die Diagnose zu klären, zunächst durch genaue und exakte physikalische Untersuchungen, ferner mit den Methoden, die dem Landarzte zur Verfügung stehen, wie Hämogramm, dicker Tropfen, Senkungsreaktion usw., und wird, wenn dieses nicht zum Ziele führt, spezialärztliche Untersuchungen, oder Röntgen, Wassermann und dergleichen vornehmen lassen. Man wird dies in der Regel unbedenklich tun können, auch in diesen Zeiten größter Sparsamkeit, da Versager doch recht selten zu sein scheinen, so daß eine vergebliche Nachprüfung kaum vorkommen wird, jedenfalls wird dieselbe nicht erheblich ins Gewicht fallen. Unter allen Umständen wird das positive Gu. zu diesen Untersuchungen eine gewisse Berechtigung geben, da es die Vornahme dieser teueren Untersuchungsmethoden ohne weiteres motiviert.

Negatives oder fast negatives Guttadiaphot dagegen wird in der Regel eine ernstere Krankheit ausschließen. Beim Fehlen entsprechender klinischer Erscheinungen wird sich daher fast immer eine eingehende Untersuchung mit den obigen Methoden erübrigen. Wenn auch nicht in allen Fällen die betreffenden Patienten als Drückeberger anzusehen sind, so wird es sich doch in der Hauptsache um leichtere und belanglose Krankheiten handeln.

Mit diesen beiden Punkten ist auch meistens die Frage der Arbeitsfähigkeit entschieden, die für den Landarzt mit eines der Hauptprobleme bildet.

Patienten mit negativem oder fast negativem Gu. können besonders beim Fehlen ausgeprägter klinischer Erscheinungen, in der Regel ohne weiteres als arbeitsfähig betrachtet werden; wird dagegen das Tropfbild positiv, so wird sich ein längeres oder kürzeres Krankschreiben kaum umgehen lassen, zum mindesten bis zur Klärung der Diagnose. Auch hierbei würde das Gu. einen entsprechenden Rückhalt geben.

Wird das Tropfbild nur verdächtig auf positiv, so ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Die Uebersicht lehrt, daß in den aller-

meisten Fällen auch hier ein Krankheitszustand vorliegt, daß also eine weitere Untersuchung notwendig ist, besonders dann, wenn Blutkrankheiten oder Tuberkulosen in Frage kommen. Liegen Erscheinungen vor, welche an Grippe oder grippeartige Infektionen denken lassen, so spricht ein stärker positiver Ausfall für diese, ein negativer oder höchstens verdächtiger mehr für eine leichtere Erkrankung der oberen Luftwege. Gerade die Differentialdiagnose dieser Erkrankungen bietet in der Praxis immer wieder Schwierigkeiten, besonders bei sporadisch auftretenden Fällen. Hier wäre es sehr wohl möglich, mit Hilfe des Tropfbildes eine Trennung zu ziehen, die nach den bisher erhaltenen Befunden den Bedürfnissen einer Landpraxis in jeder Weise gerecht wird.

Weiterhin kann das Gu. große Dienste leisten, bei der Appendicitis-Diagnose und der Entscheidung, ob Krankenhausbehandlung notwendig ist, oder nicht. Da einfache Gastritis höchstens fast negativ wird, der oft in Frage stehende Bauchdeckenrheumatismus (Muskelrheumatismus) nur verdächtig, würde bei Verdacht auf Appendicitis ein stärker positiver Ausfall, etwa vom schwach positiven an, für die Annahme einer Appendicitis sprechen. Ich würde mich jedenfalls in diesem Falle für die Einweisung ins Krankenhaus entschließen, wenn ich eine Appendicitis nicht mit Sicherheit ausschließen kann.

Das unterschiedliche Verhalten der leichteren und schwereren Verletzungen gibt wertvolle Hinweise auf die ev. notwendig werdende Begutachtung, auch der etwa bestehenden Arbeitsunfähigkeit, besonders, wenn es sich um die oft in dieser Hinsicht recht unklaren Prellungen handelt, da hier Uebertreibungen, besonders im Hinblick auf die zu erhaltende Rente, Tür und Tor geöffnet ist. Für die Begutachtung kommen auch in Frage die negativen Fälle, nämlich dann, wenn Gesundheitsatteste für Lebensversicherungen und dergl. ausgestellt werden sollen, besonders da, wo bestimmte Erkrankungen familiär vorgekommen sind, z. B. Tuberkulosen, ohne daß sich z. Zt. bei dem zu Untersuchenden ein sicherer Befund erheben läßt, hier kann der Tropfbildausfall u. U. ausschlaggebend werden für die endgültige Entscheidung.

Die Aufnahme mehrerer Tropfbilder bei einem Erkrankungsfalle kann Hinweise geben, auf das Fortschreiten oder Zurückgehen des Prozesses, denn aus meiner Uebersicht geht hervor,

daß im allgemeinen mit der beginnenden Heilung auch das Gu. umkehrt, während beim Fortschreiten, z. B. einer Beteiligung der Stirnhöhle, es stärker positiv wird.

Vorsicht ist geboten bei Frauen, hier muß vor Abnahme des Gu. stets die Frage nach ev. vorliegender Gravidität oder Periode gestellt werden, ebenso, wie man sich auch immer nach bestehenden geringfügigen Erkrankungen z. B. Schnupfen, erkundigen soll, will man sich vor Fehlern schützen. Andererseits kann es aber gegebenenfalls möglich sein, eine Gravidität aufzudecken, wenn der entsprechende Verdacht besteht und sich bei einem deutlich positiven Gu. eine andere Ursache nicht finden läßt. Wir Landärzte haben ja auch heute noch kaum eine Möglichkeit, mit einigermaßen Sicherheit eine Schwangerschaft im Beginn zu erkennen, da muß uns jedes Zeichen recht sein, daß hierzu mit beitragen kann.

Es sind also eine ganze Reihe von Fragen, deren Lösung wir mit Hilfe des Tropfbildes erheblich näher gebracht werden. Nur das eine muß man sich immer wieder vor Augen halten,: Es handelt sich um eine unspez. Methode, die für sich allein garnichts weiter aussagt, als daß ein Mensch krank oder gesund ist. Grundlegend muß immer der Gesamtbefund bleiben. Das Gu. ist nur ein Zeichen unter den vielen, die zusammengesetzt das Bild einer Krankheit darstellen. Doch immerhin ein Zeichen mehr, das richtig verwertet, gerade dem Landarzt bei seiner an sich so sehr beschränkten Untersuchungsmethodik, unendlich wertvoll werden und ihn in der Auffindung einer Diagnose ein gut Stück voran bringen kann.

Zusammenfassung.

1. Das Guttadiaphot ist eine brauchbare Methode für den Landarzt, da es
   a) in der Sprechstunde leicht und schnell ausführbar ist,
   b) sein positiver oder negativer Ausfall fast sichere Anhaltspunkte bietet für das Bestehen oder Nichtbestehen eines Krankheitsprozesses.
2. Das Guttadiaphot hält nicht von weiterer Untersuchung ab, sondern regt diese geradezu an, um einen ev. positiven Ausfall zu klären.

Die Zahl der Versager scheint nach dem Stande der Literatur und den eigenen Beobachtungen aber so gering zu sein, daß

durch negativen Ausfall bedingte Unterlassungen viel seltener vorkommen dürften, als ohne Vornahme eines Tropfbildes.

3. Es ist den anderen unspezifischen Methoden weit überlegen, da es schneller ausführbar, seine Ablesung an keine Zeit gebunden und die Zahl der Versager geringer ist, als z. B. bei der Senkungsreaktion.
4. Durch die prinzipielle Abnahme eines Gu., zum mindesten in der Sprechstunde, wird sich der Landarzt also vor mancher unnötigen und mühevollen Arbeit schützen können, er wird aber andererseits durch die Aufdeckung verborgener Krankheiten seinen Patienten in ganz anderer Weise gerecht werden können als früher.
5. Meine Erfahrungen und Beobachtungen in 10jähriger Tätigkeit als Landarzt, hart an der Ostgrenze des Reiches, unter den schwierigsten Verhältnissen, sprechen, verglichen mit meinen jetzigen Untersuchungen, unbedingt für eine Empfehlung des Guttadiaphotes.

Literaturverzeichnis.

V. Schilling: Das Guttadiaphot. Verlag: Fischer, Jena 1929.

— Das Blutbild und seine klinische Verwertung. Verlag: Fischer, Jena, 1924.

— Anleitung zur Diagnose im dicken Bluttropfen. Verlag: Fischer, Jena 1924.

Das Guttadiaphot, Gebrauchsanweisung III.

Ernst Schröder: Das Guttadiaphotverfahren. Fol. Hämatol. 41. Bd. H. 4. 1930.

— Was bedeutet nach dem heutigen Stande der Literatur das Guttadiaphot dem prakt. Arzte. Ztschr. f. ärztliche Fortb., 1931, H. 10.

Meyer-Bierast-Schilling: Aerzteverein Hannover, Referat. Dtsch. med. Wchschr. 1928. H. 28.

Mohrmann: Blut. Dtsch. med. Wochschr. 1929 H. 6.

V. Schilling: Erwiderung zu Mohrmann und Blut. Dtsch. med. Wochenschr. 1929 H. 16.

Mohrmann: Schlußwort zu Schilling: Dtsch. med. Wochschr. 1929 H. 16.

Blumenthal u. Saito: Med. Klinik. 1929 H. 15.

V. Schilling: Bemerkungen zu Blumenthal u. Saito. Med. Klinik. 1929 H. 26.

Kamnitzer: Dtsch. med. Wchschr. 1929 H. 19.

Doktor: Med. Klinik 1928 H. 53.

Löwenthal: Med. Welt 1929, H. 46.

Winkler: Med. Welt 1929, H. 46.

Schilling: Erwiderung zu Löwenthal. Med. Welt 1930 H. 4.

— Der unspezifische Status in der Praxis: Ztschr. f. klin. Medizin, Bd. 112, H. 5/6, 1930.

E. Schulz: Guttadiaphotuntersuchungen an Gesunden und scheinbar Gesunden. Dtsch. med. Wchschr. 1930, H. 25.

Loben, Münster: Studien über die klin. Brauchbarkeit des Guttadiaphot. Münch. med. Wchschr. 1930, H. 51.

Lebenslauf.

Verfasser wurde geboren am 2. 11. 93 in Wittenberg, Bez. Halle. Von Ostern 1903 bis Ostern 1914 besuchte er das humanist. Gymnasium, zuerst in Pyritz, dann in Anklam in Pom. Das letztere verließ er 1914 mit dem Zeugnis der Reife und studierte dann vom S. S. 1914 bis Ende des S. S. 1919 in Greifswald, vom W. S. 1919/20 bis Ende des S. S. 1920 in Rostock Medizin. Das Staatsexamen bestand er vor der Prüfungskommission in Rostock am 4. 12. 20 mit dem Prädikat „Gut", die Approbation wurde am 16. 12. 20 erteilt. Von den Bestimmungen über das prakt. Jahr wurde er mit Zustimmung des Ministeriums des Innern befreit. Am Kriege nahm er als Feldunterarzt, später als Feldhilfsarzt im Reserve-Feldart. Reg. 7 teil. — Nach der Approbation war er an den Krankenhäusern in Gevelsberg und Lauenburg i. Pom. als Assistent tätig. Am. 1. 1. 1922 ließ er sich in Schwarz-Damerkow, Kr. Stolp als prakt. Arzt nieder. Diese versieht er auch heute noch.

Meine akademischen Lehrer waren in Greifswald die Herren Professoren: v. Möllendorff, Bleibtreu, Mie, Dimroth, Müller, Schütt, Morawitz, Gross, Pels-Leusden, Höhne, Grawitz, Schulz Oberarzt Dr. Stephan und Dr. Uhlich.

In Rostock die Herren Professoren: Brünning, Müller, Kleist, Rosenfeldt, Sarwey, Schröder, Friboes, Peters, Körner, Schwalbe, van Hueck, Wasielewski, Trendelenburg u. Oberarzt Dr. Lehmann.